

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna		Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
الموافقة الرضا الإلغاء لإعطاء اللقاح/مانتوكس-ARABO		Procedura Aziendale Allegato 6 Mod 06 P 183 AUSLBO	
بيانات المستخدم			
الاسم (NOME)		اللقب (COGNOME)	
تاريخ الميلاد مكان الميلاد (DATA E LUOGO DI NASCITA)			
رمز التعريف الضريبي (CODICE FISCALE)			

أنا أعلن

1. ب قراءة المعلومات المتعلقة باللقاحات المقترحة
 2. ذوالعلاجات قيد التنفيذ في وقت إبلاغ فريق التطعيم بالأمراض، الحالة و/أو السابقة
 3. بعد حصولي على معلومات شاملة عن العلاج الصحي المقترح، وبإعدادي للاعتماد على ضرورة بقائي في الخدمة بعد 51 دقيقة من التطعيم،
 4. بعد أن فهمت جيداً ما تمت مناقشته ومشاركته حتى الآن خلال المقابلة المعلوماتية مع المتخصصين في الفريق،
- تأثير لازم لاتخاذ القرار وبإعداد حصولي على إجابة مرضية على الأسئلة المطروحة، بعد أن أتأكد من لي الوقت

☐ أوافق على تنفيذ العلاج الصحي المقترح (حدد) **ACCONSENTO**

☐ أنا لا أوافق على العلاج الصحي المقترح (يرجى التحديد)، لأنني على دراية كافية وبالتالي على دراية بالعواقب التي تترتب على هذه

المعارضة على الظروف الصحية **NON ACCONSENTO**

☐ ألغى الموافقة التي سبق أن أعطيتها على العلاج الصحي، لأنني على دراية كافية وبالتالي على دراية بالعواقب التي تترتب على هذه

المعارضة على الظروف الصحية **REVOCO IL CONSENSO**

التوقيع (FIRMA)

- ☐ المريض (II/la paziente)
- ☐ الوالد (II/I genitore/i)
- ☐ مسؤول الدعم (L'amministratore di Sostegno)
- ☐ الوصي (Il Tutore)
- ☐ شخص موثوق به (Persona di fiducia ai sensi dell'1 c.3 L.219/2017)
- ☐ الوسيط الثقافي (Mediatore culturale)

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale	
Nome cognome Ruolo Medico <input type="checkbox"/> AS/inf <input type="checkbox"/>	Nome cognome Ruolo Medico <input type="checkbox"/> AS/inf <input type="checkbox"/>
Confermo che il paziente ha espresso il suo consenso alla vaccinazione ovvero al programma vaccinale dopo essere stato adeguatamente informato	Confermo che il paziente ha espresso il suo consenso alla vaccinazione ovvero al programma vaccinale dopo essere stato adeguatamente informato
Firma	Firma

La presenza del secondo professionista sanitario non è indispensabile in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Professionista Sanitario, al domicilio della persona vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.

Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/>	Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/>
Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/>	Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/>